Nr. 10 — 11 Rok II

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO FARMACEUTYCZNE i FIZYKALNE

SKRZYNKA POCZTOWA.

Uprzejmie prosimy naszych Czytelników nadsyłać do skrzynki pocztowej jak najliczniej zapytania zarówno z dziedziny zagadnień, dotyczących przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, farmakologji i pokrewnych dziedzin, jak też z codziennej praktyki lekarskiej. Na pytania te będą udzielane odpowiedzi przez osoby najbardziej kompetentne w danej dziedzinie wiedzy lekarskiej i farmaceutycznej w Polsce.

OD REDAKCJI.

Wobec technicznej reorganizacji drukarni i opóźnienia w wydaniu Nr. 10 (październik) zmuszeni byliśmy połączyć Nr. 10 i Nr. 11 (październik — listopad) w jednym zeszycie.

Dr. El.

Promieniowanie mitogenetyczne

(c. d.)

W doświadczeniach tego rodzaju, znika zupełnie zdolność promieniowania mitogenetycznego ze strony detektora.

Eksperymenty powyższe są dość proste i łatwe do wykazania, polegają one bowiem na tem, że źródło promieniowania ustawia się na podstawie, która pomału lecz nieprzerwanie przybliża się do detektora będącego w spoczynku.

Prócz w. w. sposobów zadziałania na zjawisko promieniowania mitogenetycznego, fizjologja zwraca jeszcze uwagę na stan niewrażliwości objektu na powtórne bodźce, jeśli one występują po pierwszym — w zbyt krótkim czasie, zaznaczając jednocześnie, że skład widmowy tego lub innego źródła promieniowania pozostaje prawdopodobnie bez wpływu na stopień efektu.

INTENSYWNOŚĆ PROMIENIOWANIA MITOGENETYCZNEGO.

Bezpośrednie określenia intensywności promieniowania zródeł biologicznych, może być otrzymane tylko na drodze bezpośrednich pomiarów fizycznych.

Wykonane pomiary przez Rajewskiego wykazują bardzo niskie wartości w. w. intensywności. Wartości powyższe są rzędu 10^{-10} — 10^{-9} erg. cm/^{2}sek. czyli przyjmując długość fali za 2300 A^{0} wypada w przybliżeniu 10 — 100 kwantów na cm^{2}/sek.

Określenia Franka i Rodionowa dają nieco wyższe wartości, wahające się w granicach 100 — 1000 cm^{2}/sek.

(Element energji E nazywamy kwantem energji. Kwant jak wiemy jest proporcjonalny do liczby drgań na sekundę, odwrotnie zaś proporcjonalny do długości fali — wobec powyższego wartość kwantu pod względem energetycznym wzrasta, jeśli idziemy w widmie z lewej strony w prawo).

ENERGETYKA PROMIENIOWANIA MITOGENETYCZNEGO.

Na podstawie ogólnych pojęć energetycznych, promieniowanie elementów tkankowych, należy rozpatrywać jako chemoluminescencję, i pamiętać, że podstawą tego zjawiska są procesy chemiczne wyzwalające energję — i przejawiające się zazwyczaj przy procesach rozkładu. ,

Zbadane dotychczas reakcje chemiczne, każą przypuszczać nawet, że promieniowanie ultrafioletowe jest właściwe, w mniejszym lub większym stopniu każdej reakcji chemicznej.

Na istnienie takiej możliwości wskazują następujące fakty:

1. Procesy fermentacyjne, dotychczas zbadane przejawiają promieniowanie ultrafioletowe.

2. Promieniowanie stwierdzono również w czasie tworzenia się soli, w czasie rozpuszczania się metali w kwasach i przy procesach neutralizacji.

3. W zjawisku fotosyntezy roślin.

4. W czasie rozupuszczania się soli kuchennej w wodzie.

5. We wszystkich dotychczas wypróbowanych procesach utleniających.

6. Przy elektrolizie.

Nie mamy, jak dotychczas, żadnej podstawy, aby przypuszczać, że promieniowanie mitogenetyczne charakteryzujące się krótkiem, względnie obszarem ultrafioletu, istotnie wyczerpuje cały skład widmowy układu promieniującego.

Sądzić raczej należy, że zakres fal dłuższych, które wchodzić mają w skład widma promieniowania mitogenetycznego dlatego nie został jeszcze stwierdzony, ponieważ nie rozporządzamy odpowiednim, do tego celu, detektorem.

METODY WYKRYWANIA PROMIENIOWANIA MITOGENETYCZNEGO.

Metody używane do wykrywania promieniowania mitogenetycznego są następujące:

1. Metoda wykrywania zapomocą „licznika Geiger'a" (licznik fotoelektronów).

2. Metoda pomiarów komórek drożdżowych zapomocą kolorymetru lub nefelometru.

Rajewski poraz pierwszy stwierdził, dzięki aparaturze fizycznej (licznik fotoelektronów), że promieniowanie mitogenetyczne istnieje w rzeczywistości i jest światłem ultrafioletowem o b. małej intensywności, wyrażającej się w setkach lub dziesiątkach kwantów na 1 cm^2 powierzchni promieniującej.

Licznik fotoelektronów — ulepszony przez Geigera jest przyrządem używanym przez fizyków do obliczania cząsteczek jonizujących gaz jak np. cząsteczki alfa i elektrony o dostatecznej szybkości.

Przyrząd powyższy składa się z rurki poziomej o dwóch elektrodach, z których jedną mającą płaszczyznę mniejszą w stosunku do drugiej połączona bywa ze źródłem napięcia i znacznym oporem.

Przy określonej wielkości tego oporu i przy napięciu między elektrodami, które jest bliskie wartości napięcia powodującego wyładowanie, zachodzące wyładowania w liczniku, pod wpływem czynnika jonizującego, (promienie ultrafioletu) jest przerywane. Każda cząsteczka padająca w przestrzeń między elektrodami, staje się impulsem powstania krótkotrwałego prądu.

Liczba tych impulsów daje nam bezpośrednio liczbę cząsteczek jonizujących.

Licznik Geigera połączony jest przytem z odpowiednio czułym fotoelementem.

Prąd minimalny, jaki może być wykryty powyższym aparatem odpowiada ok. 10^{-20} Ampera.

KLORYMETRJA I NEFELOMETRJA.

Podstawę powyższej metody wykrywania efektu mitogenetycznego, jest stwierdzenie faktu, że pod wpływem tego promieniowania komórki drożdżowe intensywnie się rozmnażają.

W celu zatem wykrycia promieniowania mitogenetycznego i określenia stopnia efektu przygotowujemy sobie uprzednio zawiesinę komórek drożdżowych w odpowiednich naczyniach, z których jedno, niepodlegające naświetleniu będzie nam służyć do porównania — gdy inne naczynka z drożdżami poddajemy naświetlaniu promieniami mitogenetycznemi.

O sposobie uskuteczniania pomiarów, powyższemi aparatami, mówić nie będę, sposób ten bowiem nie odbiega zupełnie od norm przyjętych w chemji i fizyce.

PIŚMIENNICTWO.

1) Brainess S. Analyse der mitogenetischen Reizung der Nerven.

2) Braunstein A. E. i Potozkaya A. P. Über die Specität der Spektra mitogenetischer Strahlung bei Oxydations — Reductionsreactionen.

3) Ponomarewa J. L'effet directe de l'action mitogenetique des rayons sur le procès de la mitose.

4) Sbornik: Issledowanja po mitogeneticzeskomu izłuczenju.

5) A. Gurwitsch: Die mitogenetische Strahlung.

6) A. S. Gurwicz i Ł. D. Gurwicz: Mitogeneticzeskoje .izłuczenje


HAEMOSTATOR
SINGERA
ratuje życie!
Typ A
Typ AS
Pokazy bezpłatnie
momentalne tamowanie krwotoku.
nagrodzone medalami:
Opinja Dep. Zdr. M. S. Wojsk.
...zawiadamiam W.P., że fakt wprowadzenia aparatu do zaopatrzenia, w Wojskowej Służbie Zdrowia świadczy o celowości i przydatności tego przyrządu.
Szef Departam. Zdrowia
w. z. Krupiński Płk.
Żądajcie katalogów.
Żądać we wszystkich aptekach i składach narzędzi chirurgicznych.
FELIKS GRĘDZIŃSKI
GŁ. SKŁAD: WARSZAWA MARSZAŁKOWSKA 130

Mr. A. Hirszfeld.

Tlen w lecznictwie i ratownictwie.

Rozwój stosowania tlenu w medycynie przechodził różne koleje i były czasy nawet, że chciano w nim widzieć panaceum na wszystkie choroby; ostatecznie jednak, dzięki poważnym studjom naukowym i praktycznym zastosowanie tlenu w lecznictwie i ratownictwie zostało racjonalnie ujęte i rozwinięte.

Tlen jest przechowywany i dostarczany w butlach pod wysokiem stosunkowo ciśnieniem 150 atm. W ratownictwie i lecznictwie stosuje się tlen o ciśnieniu niewiele większem od atmosferycznego. Trzeba więc przed użyciem tlen rozprężyć. To rozprężenie osiąga się przy pomocy zaworu redukcyjnego (reduktor ciśnienia), zwanego w skróceniu reduktorem.

Tow. Akc. „Perun" wykonuje szereg typów aparatów tlenowych, połączonych z reduktorami specjalnego typu.

Leczenie tlenem obejmuje następujące zabiegi:

1) oddychanie powietrzem wzbogaconem w tlen;
2) oddychanie mieszanką tlenu z dodatkiem kwasu węglowego;
3) inhalacja w atmosferze czystego tlenu;
4) zastrzyki podskórne tlenowe;
5) kąpiele tlenowe;
6) masaże;
7) stosowanie ozonu.

W celech ratowniczych natomiast rozróżnia się następujące zastosowania tlenu:

1) oddychanie czystym tlenem;
2) sztuczne oddychanie tlenem przy pomocy specjalnych aparatów;
3) doraźne podskórne wstrzykiwania tlenu w większych ilościach.

Aparatów tlenowych nie wolno oliwić i należy używać uszczelnień z fibry, gdyż oliwa i smary w atmosferze czystego tlenu pod ciśnieniem zapalają się samoczynnie i powodują eksplozję.

Na szczególną uwagę zasługują podskórne wstrzykiwania tlenu.

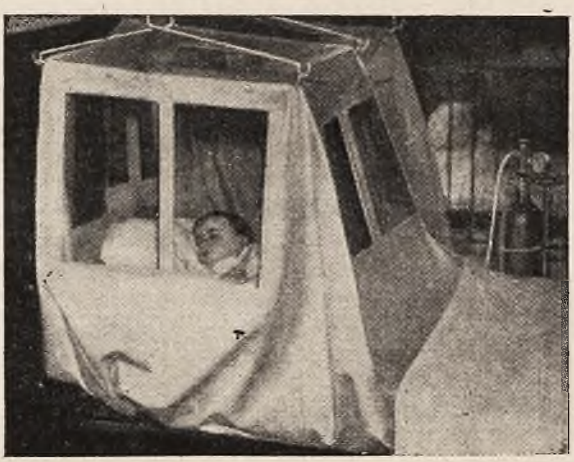
Wstrzykiwania tlenowe stosowane są w lecznictwie w następujących wypadkach: 1) płatowe i zrazikowe zapalenie płuc; 2) zatrucia gazami (gaz. świetlny, tlenek węgla, chlor, fosgen); 3) ciężka postać ksztuśćca; 4) gruźlica płuc; 5) tężec; 6) śpiączka mocznicowa i cukrzyca; 7) ostra niedokrwistość; 8) różne postacie psychoz; 9) zgorzel gazowa i wąglik; 10) wysiękowe zapalenia stawów.

Ostatnio opisano przypadek, gdy zapomocą wstrzykiwania tlenu uratowano zatrutego gazem świetlnym, stan chorego wydawał się beznadziejnym.

Dzięki połączeniu aparatu tlenowego z przyrządem elektryzującym otrzymuje się ozon.

W lecznictwie ozon używa się z powodzeniem w schorzeniach następujących: zapalenia błony śluzowej, cewki moczowej, odbytnicy, w niedomaganiach i zaburzeniach życia komórkowego, przemiany materji, w ostrych i chronicznych reumatyzmach, zaburzeniach systemu nerwowego, przeroście gruczołów, cukrzycy, schorzeniach narządu krążenia. Nadto ozon działa pomyśnie w wypadkach zapalenia skóry, wysypkach, wrzodach, zarówno ostrych jak i przewlekłych.

W rozwoju zastosowania tlenu do celów medycznych jednym z ciekawszych pomysłów doby ostatniej jest namiot tlenowy*) przedstawiony na ryc. 1. Namiot ten waży ok. 30 kg. i służy do zasilania pacjenta w odpowiednią ilość tlenu. Wilgotność powietrza wzbogaconego w tlen reguluje się zapomocą przepuszczenia gazu przez komorę lodową, zaś pochłanianie wydalanego dwutlenku węgla odbywa się w zbiorniku wypełnionym kawałkami sody. Zaopatrywanie pacjenta w tlen może się odbywać w dowolnych dawkach i w dowolnej objętości, przy utrzymywaniu stałych warunków wentylacji, temperatury i wilgotności.



Ryc. 1.

Namiot po zwinięciu zajmuje bardzo mało miejsca i w nagłej potrzebie może być łatwo przetransportowany w prywatnym samochodzie lekarza.

Chociaż namioty tlenowe są już w użyciu od kilku lat, dopiero obecnie zainteresowano się niemi bardzo żywo.

Szpitale londyńskie, które mają w użyciu te namioty, wypowiadają opinję bardzo pochlebną o ich użyteczności.

---

*) Industrial Gases, czerwiec. 1935.

Tow. Akc. „Perun" wyrabia różne typy aparatów tlenowych leczniczychi ratowniczych. Rozległy zakres stosowania wspomnianych aparatów świadczy, iż tlen stanowi ważny czynnik w życiu nowoczesnego człowieka.

Na wypadek wojny gazowej istniejące urządzenia do terapji tlenowej będą jedynym środkiem ratunku dla mieszkańców zagrożonego miasta. Apteki, Ubezpieczalnie Społeczne, Czerwony Krzyż, Liga Obrony Przeciwgazowej i Przeciwlotniczej winny zainteresować się sprawą terapji tlenowej i jak najbogaciej zaopatrzyć się w odpowiednie urządzenia, aby zarówno w czasie pokoju, jak i w czasie wojny, posiadać w pełni środki do niesienia pomocy.

Streszczenia

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

P. Pruvost. **Postacie kliniczne i radjologiczne torbieli powietrznych płuc o średniej objętości i kształcie okrągłym.** (Formes cliniques et radiologiques des kystes aériens du poumon de moyen volume et de forme annulaire). Le Presse Médicale Nr. 59, 1935 r.

Na podstawie nowszych danych z piśmiennictwa należy podkreślić, iż sprawa torbieli powietrznych płuc wzbudza w chwili obecnej duże zainteresowanie. Dokładne poznanie wspomnianego cierpienia jest konieczne, aby uniknąć pomyłek rozpoznawczych, które pociągają za sobą bardzo przykre następstwa.

Przy dużej objętości torbieli powietrznej rozpoznanie różniczkowe wobec odmy jest trudne, często wprost niemożliwe.

Jeżeli objętość torbieli jest mała, wówczas stanowi ona przyczynę dobrotliwej odmy samoistnej.

W tych przypadkach, gdy torbiel powietrzna jest średniej objętości, sprawa chorobowa może być mylnie rozpoznana jako jama lub pęcherze rozedmowe. Ropienie lub wtórne zakażenie zmieniają obraz schorzenia, który wówczas staje się podobnym do ropnia płuc.

Prawdopodobnie uprzednio torbiele są wypełnione płynem. Dopiero później treść zostaje opróżniona i torbiel wypełnia się powietrzem.

W przebiegu opisanego schorzenia stwierdza się torbiele powietrzne bądź odosobnione, bądź liczne. Niekiedy poszczególne ogniska zlewają się, co składa się na obraz prawdziwego schorzenia torbielowego.

W przeciwieństwie do rozstrzeni oskrzelowej nabytej w przypadkach torbieli powietrznych często stwierdza się zarośnięcie oskrzeli. W tym wypadku istnieją wrodzone nieprawidłowości oskrzeli, które można wykrywać zapomocą bronchoskopji. Okoliczność ta tłumaczy, dlaczego tak często lipiodol przechodzi do torbieli przez zwężone oskrzela o wiele trudniej niż powietrze. Wszelkie przeszkody przy przenikaniu powietrza do torbieli zostają pokonane podczas kaszlu i wzmożonego wdechu. Zwrotne wydalanie powietrza z torbieli jest utrudnione spowodu zaczopowania ujścia torbieli, które jest wywołane prze skręcenie torbieli lub jej obniżenie po wypełnieniu powietrzem. W ten sposób powiększa się rozmiar torbieli bądź stopniowo, bądź nagle.

Należy przytem podkreślić, iż torbiele powietrzne o dużej objętości o wiele trudniej są dostępne dla lipiodolu.

Pomijając torbiele powikłane dusznością i spowodowane szybkiem powiększeniem się wymiarów w zależności od odmy lub pęknięcia ścianki torbieli, należy ustalić następujący podział torbieli według wyrazistości obrazu rentgenowskiego i wtórnych zakażeń:

1) Torbiele utajone,

2) torbiele powikłane krwiopluciem,

3) torbiele nie zropiałe, lecz zakażone,

5) torbiele powietrzne i torbielowate rozszerzenia oskrzeli.

Ad 1) Torbiele utajone.

Postać ta zostaje ujawniona jedynie zapomocą bardzo starannego badania rentgenowskiego. Często stwierdza się prawidłową okrągłą postać torbieli. Torbiele te są widoczne bez lipiodolu i grupują się one w określonej okolicy oskrzelowej, przyczem brak odczynu ze strony tkanki otaczającej.

Ad 2) Torbiele powikłane krwiopluciem.

Przed zjawieniem się plwociny śluzowo-ropnej i ropnej stosunkowo często występuje krwioplucie. Okoliczność tę należy uwzględnić przy krwiopluciach o dobrotliwym przebiegu. W tych razach staranne badanie rentgenowskie ujawnić może torbiele powietrzne.

Ad 3) Torbiele zakażone.

Stwierdza się ognisko dodatkowych szmerów oddechowych. Chory oddaje mierną ilość plwociny śluzowo-ropnej. Stan ogólny nie ulega upośledzeniu. U chorych tych mylnie rozpoznaje się gruźlicę. W przytoczonych dwuch przypadkach mylnie rozpoznano gruźlicę mimo ujemnych wyników badania plwociny. Dopiero badanie rentgenowskie wykryło liczne ogniska o kształcie okrągłym. W niektórych ogniskach spostrze-

gano poziom płynu. Na podstawie licznych ognisk rozpoznano chorobę torbielową (maladie kystique).

W opisanych przypadkach torbiele nie wypełniały się lipiodolem. Rozgałęzienia oskrzelowe po wypełnieniu lipiodolem w mniejszym stopniu były uwydatnione niż normalnie, mniejsze oskrzela prawie zupełnie się nie uwydatniły. Obraz drzewa oskrzelowego świadczył o wrodzonym nieprawidłowem ukształtowaniu oskrzeli (malformations congénitales de bronches).

Ad 4) Torbiele zropiałe.

Postać tę możnaby porównać do ropnia płuc. W niektórych przypadkach trudno sprawę tę odgraniczyć od ropnego zapalenia opłucnej.

Ad 5) Obok torbieli o prawidłowym kształcie okrągłym, niewypełniających się lipiodolem stwierdza się rozstrzenie oskrzelowe, do których przenika lipiodol.

W tym wypadku przebieg cierpienia jest ten sam, co przy rozstrzeni oskrzelowej. Występują rzuty zakaźne (poussées infectieuses) oraz okresy wydzielania cuchnącej plwociny. Stan ogólny pozostaje niezmieniony.

Powyższe dane zasługują na szczególne zastanowienie się. Obraz radjologiczny jest bardzo znamienny. W tej samej okolicy spostrzega się jamy o różnej postaci. Jedne są o kształcie woreczkowatym i widoczne są dopiero po wypełnieniu lipiodolem, inne są widoczne bez lipiodolu o kształcie okrągłym prawidłowym.

Współistnienie torbieli i rozstrzeni oskrzelowej posiada duże znaczenie teoretyczne, gdyż świadczy na korzyść teorji pochodzenia rozstrzeni oskrzelowej z wrodzonych zmian oskrzeli. W myśl tej teorji na tle wrodzonych zmian oskrzeli powstaje zakażenie, które wywołuje rozstrzeń oskrzeli wskutek ropienia i odczynów tkanki otaczającej.

Powyższą teorję nie należy ujmować zbyt krańcowo. Jednak w ten sposób możnaby wytłomaczyć przypadki rozstrzeni oskrzelowej przebiegającej bez zakażenia, bez zmian włóknistych ze strony opłucnej i płuc, które mogłyby wywołać obkurczenie tkanki płucnej. Teorja ta została przyjęta przez prof. Lerebouleta we Francji i Sauerbrucha w Niemczech.

G. Gandlitz. **Podstawowe wiadomości o rodzajach pożywienia** (Grundsätzliches über Kostformen). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 10, 1935 r.

Ocena wartości diety podczas leczenia jest stosunkowo nietrudna. Postępy dijetetyki powstały ze spostrzeżeń przy łóżku chorego, poczem uzyskane wyniki starano się przenieść do diety ludzi zdrowych. Popeł-

niono przy tem wiele błędów. Zalecano często osobom zdrowym jednostajną stałą dietę, która raczej jest właściwa dla chorych. Życie obaliło błędne teorje w dietetyce. Doświadczenie zbiorowe poucza, iż człowiek może zachować zdrowie przy nadzwyczaj różnorodnem pożywieniu. Należy zaznaczyć, iż klimat i dostępne w danej miejscowości produkty stanowią o stosownem pożywieniu. Tak naprzykład 12.000.000 fellachów, zamieszkujących dolinę Nilu odżywia się wyłącznie różnemi potrawami z kukurydzy, olejem roślinnym i cukrem trzcinowym, natomiast nie spożywa wcale mięsa. W przeciwieństwie do stref podzwrotnikowych mieszkańcy północy zjadają dziennie około 3 kg. mięsa i dużo tłuszczu pochodzenia zwierzęcego.

Normalne pożywienie winno być mieszane i możliwie urozmaicone. Na normalne pożywienie składają się: mięso, mleko, jaja, tłuszcz, oliwa, jarzyny i woce, gotowane, jak również w stanie surowym. Wyłączenie mięsa z pożywienia nie jest pożądane. Zdanie o szkodliwych następstwach spożywania mięsa jest błędne. Według Franka białko roślinne nie jest wystarczające dla ustroju przy długotrwałem spożywaniu. Oczywiście, nadmierne i wyłączne pożywienie mięsne może być szkodliwe.

Doświadczenia z okresu wojny wykazały, iż ilość białka w pożywieniu winna być dość znaczna, gdyż spożywanie pokarmów małobiałkowych, bezmięsnych pochodzenia roślinnego pociąga za sobą ujemne następstwa. Według Chittendena dzienna ilość spożytego białka nie powinna być mniejsza niż 70 gr. Co do przyswajalności białka roślinnego i białka zwierzęcego zdania są podzielone. W każdym razie niezbędnym warunkiem do dobrego przyswajania białka roślinnego jest rozpad otoczki błonikowej w substancjach roślinnych.

Przedmiot sprzecznych poglądów stanowi sprawa zawartości soli kuchennej w pożywieniu. Sól kuchenna jest niezbędnym składnikiem pokarmów, natomiast nadmierne spożywanie soli kuchennej jest szkodliwe. Sól kuchenna sprzyja powstawaniu obrzęków u sercowo chorych, w przebiegu schorzeń nerek, przy otłuszczeniu, nadto wzmaga się gotowość do stanu zapalnego ze strony skóry i błon śluzowych, wreszcie wystąpić mogą również uszkodzenie nerek i wzmożenie się ciśnienia krwi. Zdaniem autora bardziej szkodiwy jest sód, mniej chlor.

Ostatnio wytworzył się przesadny kult dla witamin. Należy zaznaczyć, iż nadmierne spożywanie niektórych witamin może być szkodliwe. Witaminy nie ulegają rozpadowi przy stosownem przyrządzaniu potraw. Prawidłowo mieszane pożywienie zawiera dostateczną ilość witamin.

Wiele uwagi udziela się ostatnio sprawie odczynu soków ustrojowych. Niektórzy autorzy podkreślają szkodliwość diety zakwaszającej, natomiast inni leczą wszelkie choroby dietą kwaśną. Pożywienie ludów północy sprzyja zakwaszeniu ustroju, natomiast spożywanie potraw roślinnych w krajach południowych powoduje powstawanie nadmiaru zasad. Ustrój człowieka posiada odpowiednią regulację wobec nadmiaru kwasów. Przy diecie białkowej wytwarzają się w ustroju znaczne ilości amonjaku, który neutralizuje kwasy. Obrona ustroju człowieka przeciwko nadmiarowi zasad nie jest wystarczająca. W tym wypadku przy zachowaniu sprawności nerek ulega ograniczeniu wydzielanie resztek azotowych. Retencja resztek azotowych we krwi zobojętnia nadmiar zasad. Dopiero stosowna dieta „kwaśna" przy nadmiarze zasad we krwi przywraca normalne wydzielanie resztek azotowych.

Zgodnie z powyższemi rozważaniami normalne pożywienie winno być mieszane. ⅓ część jarzyn i owoców winna być spożywana w stanie surowym. Zawartość soli kuchennej w pożywieniu należy zmniejszyć na korzyść przypraw pochodzenia roślinnego. Przetwory mleczne mają również stanowić ważny składnik pożywienia. Według Berga ⅓ część pokarmów winna składać się z produktów mlecznych, ⅓ z kartofli, jarzyn, owoców, ⅓ z mięsa, jaj, tłuszczu, jarzyn strączkowych i słodyczy.

Umiarkowanie w spożyciu stanowi niezbędny warunek zdrowia i długotrwałego życia.

Dieta jarska.

jest dietą oszczędzającą. Niewyjaśniona jest sprawa leczniczego działania diety alkalizującej i zakwaszającej. Dieta Gersona jest to dieta małosolna — alkaliczna. Korzystne działanie diety Gersona stwierdzono w przebiegu gruźlicy kości i stawów, natomiast w gruźlicy płuc dieta ta często zawodzi.

Dieta alkalizująca wskazana jest przy cukrzycy, chorobach serca i nerek. Gospodarka ustroju w przebiegu wymienionych schorzeń dąży do nadmiernego zakwaszenia ustroju. Odwrotnie skłonność do alkalizacji występuje w przebiegu tężyczki, dychawicy oskrzelowej, wyprysku, migreny oraz zapalenia pęcherza i miedniczek. Przy tych sprawach wskazana jest dieta kwaśna.

Krańcową odmianą diety bezbiałkowej i bezsolnej jest głodówka, która pomyślnie działa w wielu schorzeniach. W licznych sanatorjach rozpoczyna się leczenie przewlekłych schorzeń od głodówki.

Wiele uwagi udzielono ostatnio diecie surowej. Jako wyłączne i masowe żywienie dla osób zdrowych należy odrzucić dietę surową, natomiast dieta ta oddaje nieocenione usługi w leczeniu różnych schorzeń.

Dieta surowa jest dietą bezmięsną i roślinną. Jest to dieta wybitnie lecznicza, która cechuje się bardzo nieznaczną zawartością soli kuchennej, białka, przypraw i dużą zawartością witamin i soli alkalicznych (Ca, K). Przy niedość starannem przyrządzaniu istnieje niebezpieczeństwo zakażenia jajami pasorzytów ewentualnie zarazkami duru. Dieta surowa jest bardziej uboga w sól kuchenną niż gotowane pożywienie jarskie, jednak bardziej obciąża ona przewód pokarmowy.

Wskazana jest dieta surowa przedewszystkiem w przypadkach otyłości wskutek małej zawartości ciepłostkowej. Zaletą tej diety jest ta okoliczność, iż pożywienie surowe szybko powoduje uczucie nasycenia. Dieta surowa jest zamaskowaną dietą głodową, póki nie dodaje się oliwy, mleka i jaj. Dzięki małej zawartości soli kuchennej i zwiększonej zawartości wapnia i potasu dieta surowa działa odwadniająco i przeto może być skutecznie stosowana przy obrzękach. Najlepsze wyniki można dzięki diecie surowej uzyskać przy chorobach nerek. W tym wypadku dieta surowa zastępuje w zupełności dawniej stosowaną dietę mleczną. Dieta surowa nadaje się dla przypadków ostrych i przewlekłych. Również przy obrzękach na tle niedomogi krążenia, zwłaszcza osłabienia serca dieta surowa działa bardzo korzystnie, przyczem w razie potrzeby stosuje się jednocześnie krwioupust, salyrgan, eufylinę, kardiazol i strofantynę. W przebiegu chorób serca jednak należy starannie unikać wzdęcia jelit. Z tego względu można podawać owoce i jarzyny, natomiast kapusta i orzechy są przeciwwskazane. Bardzo pomyślnie wpływa delikatna dieta surowa na przebieg nadciśnienia i zwapnienia tętnic. Odmianę diety surowej stanowi dieta jabłkowa, która szczególnie nadaje się do leczenia biegunek u dzieci.

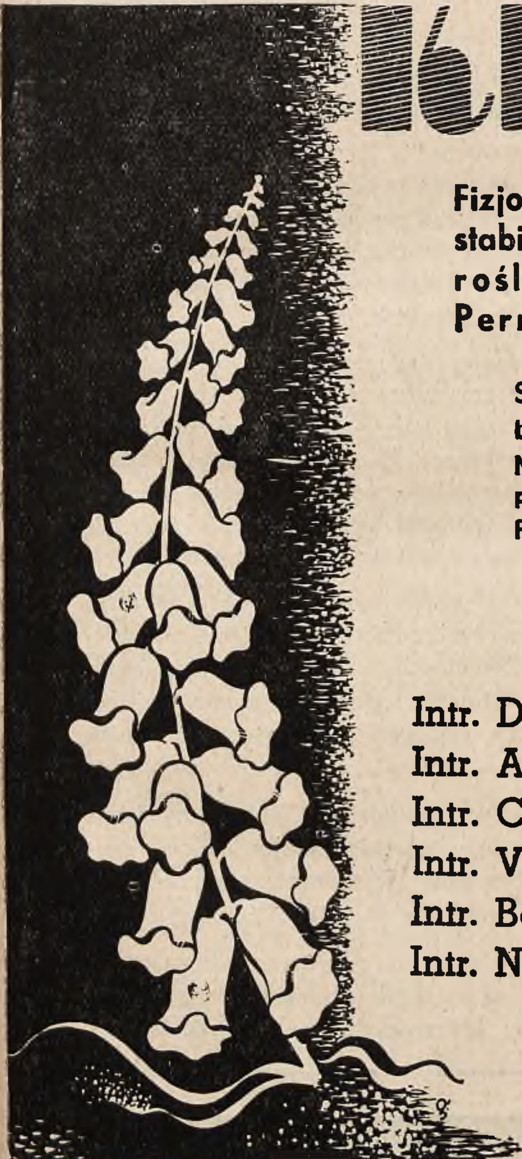
Dieta surowa, obfitująca w błonnik działa pomyślnie w przypadkach przewlekłego niedowładu jelit. Pomyślne wyniki lecznicze zanotowano również w leczeniu chorych ze stanami zapalnemi skóry i ranami. Opisano poprawę pod wpływem diety surowej w przebiegu gruźlicy skóry, tocznia, migreny, dny, zapaleń nerwów i gośćca.

Nieżyty dróg oddechowych, schorzenia tarczycy, padaczka i wyprysk ulegają poprawie pod wpływem diety surowej. Bardzo skutecznie działa dieta surowa przy cukrzycy, powikłanej czyrakami, zgorzelą lub ranami. Szczególnie wskazane są surowe banany, które w mniejszym stopniu wypłókują cukier z ustroju niż równa ilość chleba.

W stanach wyczerpania nerwowego cenne usługi oddaje stosowanie diety surowej przez 2 — 3 tygodnie.

Według Heupkego dieta surowa jest wskazana przy niedomodze trawiennej małych dzieci.

Należy podkreślić, iż przy wrzodzie żołądka i jelit dieta surowa jest przeciwwskazana.



Wreszcie powinno się pamiętać, iż o ile opisana dieta jest korzystna dla niektórych schorzeń, o tyle dla osób zdrowych długotrwałe stosowanie tej diety nie jest pożyteczne.

PEDJATRJA.

Eckert. **Dziecko przeczulone.** (Das sensible Kind). Zeitschrift für ärtzliche Fortbildung Nr. 14, 1935 r.

Istnieje pewien zespół objawów, który spotyka się niemal codziennie i którego cechą znamienną jest nadmierna pobudliwość układu naczynioruchowego.

Jeżeli się stwierdza u matki nadmierną pobudliwość naczynioruchową, ujawniającą się w łatwem występowaniu rumieńców, wówczas można się spodziewać pobudliwości nerwowej u dziecka, przyczem dziecko takie łatwo wpada w stan podniecenia, któremu daje wyraz zapomocą głośnego krzyku (ein mächtig temperamentvolle Schreier).

W tych przypadkach matka podaje, iż u niemowlęcia często występują napady silnego podniecenia, wówczas twarz ulega zasinieniu, zaś oddech na krótki czas ustaje. Wkrótce napad mija, dziecko uśmiecha się nadal. Jest to przełom afektywny. (Affektrise). Powody opisanych napadów są błahe: opóźnienie spożywania posiłku, zmiana w sposobie podawania flaszeczki. Niekiedy gorączka podnosi się 39°, dziecko staje się sztywne, czerwone na twarzy, gałki oczne są obrócone ku górze.

W różniczkowem rozpoznaniu opisanych napadów wobec padaczki duże znaczenie posiada konstytucja naczynioruchowa rodziców. Przy zbieraniu wywiadów stwierdza się, iż na skórze dziecka często występowały zmiany w postaci nadmiernego uwydatnienia się sieci naczyniowej (livedo). Ta ostatnia okoliczność świadczy o naczynioruchowem pochodzeniu napadów.

Gdy dziecko osiąga 2 lata, wówczas najmniejszy bodziec wywołuje napady afektywne. Dziecko krzyczy, jest niespokojne, tupie nóżkami i uderza pięściami matkę. W 6-tym roku życia powyższe objawy ustępują. Zbiorowe życie szkolne działa pomyślnie na przebieg opisanych napadów.

Należy podkreślić, iż dzieci te są szczególnie wrażliwe na hałas i głośną rozmowę. Stronią one od ludzi, którzy głośno rozmawiają. Lekarz,

podczas badania uniknąć może trudności tylko w ten sposób, iż rozmawia z dzieckiem szeptem.

Często matki uskarżają się na brak apetytu u dziecka. W danym wypadku nie chodzi właściwie o brak apetytu, lecz o pewne rozkaprysze- nie dziecka. Podczas posiłku domaga się dziecko szczególnej uwagi ze stro- ny matki, żąda, aby bawiono go rozmową i aby matka go karmiła. W ten sposób wzmaga się w dziecku dążenie do pozyskania uznania ze strony otoczenia (Geltungstrieb). Z tego względu należy dziecko pozostawić samemu sobie, nie dając mu poznać, iż udziela się mu zbyt wiele uwagi.

Niekiedy występuje odraza do ulubionej przedtem potrawy. Odraza ta może być spowodowana jakiemś nieostrożnem słowem o chorobie, wy- powiedzianem przez rodziców podczas spożywania danej potrawy. Rodzi- ce winni unikać rozmów o chorobach podczas spożywania posiłków. Po- traw o twardej konsystencji dzieci te unikają, gdyż akt żucia jest dla nich zbyt uciążliwy. Niekiedy występuje nadmierne pragnienie, które jest spo- wodowane uczuciem suchości w gardle. Czasem ilość wypitej wody docho- dzi do 3-ch litrów dziennie. Rozcieńczenie soku żołądkowego działa ujem- nie na apetyt. Nadmierne spożywanie płynów zwłaszcza mleka może spo- wodować upośledzenie rowoju dziecka. Nieraz konieczna jest dieta sucha. Do zaspokojenia pragnienia wystarczy spożywanie owoców, natomiast podawanie płynów należy zwalczać.

W szkole spowodu przebywania w ciasnym lokalu z nadmiernie ogrzanem powietrzem występują objawy naczynioruchowe. Dziecko staje się blade z niebiesko podkrążonemi oczami. Jest to czynnościowa bladość naczynioruchowa. Wargi, widoczne błony śluzowe i uszy są dostatecznie ukrwione. Niekiedy występują napady omdlenia, które szybko mijają przy niskiem ułożeniu głowy. Są to napady przemijającej niedokrwistości móz- gu na tle zaburzeń naczynioruchowych.

Z innych objawów zasługuje na uwagę swędzenie spowodu nosze- nia nowych, niewypranych wełnianych pończoch oraz zawroty głowy pod- czas jazdy koleją, autem i podczas patrzenia z dużej wysokości.

Ze strony psychiki zaznaczają się bojaźliwość oraz uczucie niewy- dolności.

Przy leczeniu należy uwzględnić, iż opisany zespół nie jest chorobą, lecz sposobem reagowania na bodźce świata zewnętrznego. Liczne opisane objawy są zawarte w zespołach objawowych jak neuropatja i psychopatja. Dzieci te trudno poddają się wychowaniu. Rozpoznanie neuropatji jest niewłaściwe. Wychowanie dziecka może być skuteczne, jeżeli odbywa się ono wśród spokoju. Korzystnie działa pobyt i ruch na świeżem powietrzu. 8 dni sportów zimowych są równoznaczne z 6 tygodniami wypoczynku letniego. Dziecko winno spać w lokalu zimnym. Szczególnie pomyślnie

wpływa uprawianie pływania. Przy wyznaczeniu pobytu w uzdrowiskach należy przedewszystkiem uwzględnić warunki otoczenia, zwłaszcza chodzi o bliski kontakt z naturą i zwierzętami domowemi, co posiada większe znaczenie niż zawartość radu we wodzie lub właściwości powietrza.

Barabas. **Wartość leczenia krwią w przebiegu chorób niemowląt.** (Das Wert der Blutbehandlung bei Sauglingskrankheiten). Zeitschrift für ärztliche Forbildung Nr. 14, 1935 r.

Ilość wstrzykniętej krwi waha się od kilku cm^3 do 100 — 150 cm^3. Tylko przy niebezpieczeństwie dla życia wskazane jest stosowanie większej ilości krwi, w innych przypadkach wystarcza podawanie serji powtarzających się małych dawek. W schorzeniach ostrych chodzi o zastąpienie utraconej krwi, natomiast w przypadkach przewlekłych krew wstrzyknięta pobudza narządy krwiotwórcze. Badanie grup jest konieczne tylko przy przetaczaniu krwi i wstrzykiwaniach dożylnych, zaś przy innem podawaniu krwi obcej (doodbytniczo, doustnie, domięśniowo) badanie grup jest zbędne.

W celu zapobiegawczym stosuje się wstrzykiwania krwi w oddziałach szpitalnych dla niemowląt. Metoda ta jest skuteczna szczególnie przy odrze, mniej skuteczna przy grypie, chorobie Heine-Medina, zupełnie bezskuteczna przy krztuśćcu.

W celu leczniczym stosuje się wstrzykiwania krwi wówczas, gdy chodzi o zastąpienie utraconej krwi.

Opisana metoda działa pomyślnie w przypadkach niedokrwistości wtórnej. W tym wypadku wstrzyknięta krew raczej działa na narządy krwiotwórcze, niż w sensie wyrównania utraty krwi. Prawdopodobnie do zwalczania niedokrwistości wystarcza sama surowica. Doświadczalnie jednak stwierdzono, iż krwinki szczególnie działają na narządy krwiotwórcze.

W leczeniu chorób niemowląt najpomyślniejsze wyniki osiągnięto w leczeniu atrofji i dystrofji. W ciężkich przypadkach można osiągnąć znaczną poprawę stanu ogólnego zapomocą parenteralnego podawania krwi. *Wstrzykuje się niemowlętom 8 — 10 cm. świeżo uzyskanej krwi podskórnie lub domięśniowo w odstępach 5-cio dniowych 6 — 10 razy.* Doodbytnicze podawanie krwi posiada również niekiedy niezaprzeczoną wartość.

Zdolność do życia wycieńczonych noworodków wzmaga się dzięki wstrzykiwaniom krwi. W tych razach stwierdza się u niemowląt obok

JODOGEN-AGE



Organiczny preparat jodowy o równoczesnem działaniu uspakajającem, nie drażni żołądka, nie wywołuje jodyzmu, nadaje się do długotrwałej kuracji jodowej.

„JODOGEN-AGE"

jest znacznie tańszy od identycznych wyrobów zagranicznych.

UŻYCIE: 2 razy dziennie po 10—30 kropli w mleku. Po 3 tygodniowej kuracji 2 tygodniowa przerwa.

Cena 1/1 z pipetką zł. 3
„ 1/2 bez „ „ 1.80.

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

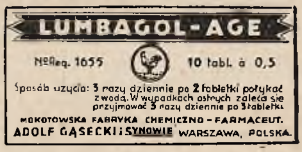
Adolf Gąsecki i S-wie

w Warszawie, ul. Belgijska 7.

WSKAZANIA:
Choroby serca, naczyń, narządów oddechowych, kiła, otyłość.

Przeciwbólowy i przeciwgorączkowy środek

LUMBAGOL-AGE



(w tabletkach po 0,3) Nr. Reg. 1655

Wapniowe połączenie kwasu phenylocinchoninowego z chinianem piperaziny i kwasem acetylo-salicylowym.

LUMBAGOL AGE jest energicznym **rozpuszczalnikiem** kwasu moczowego i soli jego moczanów, oraz wybitnym środkiem **moczopędnym.**

LUMBAGOL AGE powoduje szybkie cofanie się stanów zapalnych i jako analgeticum uśmierza bóle.

LUMBAGOL AGE działa skutecznie w przypadkach, w których inne środki zawodzą.

LUMBAGOL AGE nie posiada żadnego ubocznego działania, nawet przy dłuższem stosowaniu.

Wskazania: Lumbago, ischias, reumatyzm, artretyzm, bóle stawowe, kostne i neuralgiczne, piasek i kamica nerkowa, grypa, przeziębienia, zła przemiana materji i t.p. **Stosowanie:** 3 razy dziennie po 2—3 tabletki (lepiej pokruszone) po jedzeniu.

Proszek do receptury — w słoikach po 10 i 25 gr. **Cena detaliczna zł. 2.—.**

Próby na żądanie WPP Lekarzy wysyła bezpłatnie:

ADOLF GĄSECKI I SYNOWIE,

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEM.-FARMAC. w **Warszawie, ul. Belgijska Nr. 7.**

oznak anatomicznych i fizjologicznych upośledzenie zdolności do przyswajania i ograniczenie czynności komórkowej. Wstrzykiwania krwi sprzyjają tendencji wzrostowej, korzystnie powiększają ciepłotę ciała. Możliwości poprawy stanu odżywiania wzrastają. Wszystko to sprawia, iż noworodki o małej wadze można przy stosownem pielęgnowaniu utrzymać przy życiu.

Rozstrzygające znaczenie posiadają wstrzykiwania krwi w przebiegu Erythodermia desquamativa Leiner. Dzięki stosowaniu opisanej metody zdołano obniżyć śmiertelność niemowiąt z erythrodermia desquamativa z 30% — 50% do 10%.

Objawy skazy wysiękowej często ulegają poprawie pod wpływem wstrzykiwań własnej krwi lub krwi obcej. Poprawa ta jednak jest przemijająca. Na usposobienie do skazy wysiękowej metoda ta nie wywiera wpływu.

W leczeniu ciężkich nieżytów oskrzeli i odoskrzelowego zapalenia płuc zarówno w okresie ostrym, jak i przewlekłym wstrzykiwania krwi działają bardzo pomyślnie. Małe wstrzykiwania własnej krwi w ilości 3 — 5 $cm.^3$ mogą uratować zagrożone niemowlęta. W, przebiegu grypy metoda ta zawodzi.

W przebiegu gruźlicy niemowląt nie osiągnięto pomyślnych wyników przy stosowaniu wstrzykiwań krwi.

W leczeniu róży u niemowląt i noworodków zapomocą okrężnego wstrzykiwania (Umspritzen) ognisk zapalnych zdołano zmniejszyć śmiertelność z 80% na 20%. Tak samo ogłoszono doniesienia o skuteczności wstrzykiwań krwi w przebiegu zakażeń ropnych, zapalenia miedniczek nerkowych, czyraczności, zapalenia ucha środkowego, anginy, zakażeń strepto i stafylokokowych.

Działanie wstrzykiwań krwi dorosłych tłumaczy się wprowadzeniem takich substancyj do ustroju niemowlęcia (hormony), których ilość uprzednio była niedostateczna. Tak samo wytwarzające się w ustroju niemowlęcia jady ulegają neutralizacji przez wprowadzoną krew. Wstrzykiwania krwi stanowią bodziec, wzmagający siły odpornośćiowe ustroju, pobudzający czynność narządów krwiotwórczych i podnoszący zdolności przyswajania. Wyniki pomyślne można uzyskać raczej u młodszych niemowląt.

Bezskuteczność opisanej metody w niektórych przypadkach zależy nie od niewłaściwości podawanej krwi, lecz od konstytucjonalnego usposobienia chorego niemowlęcia.

NEUROLOGJA I PSYCHJATRJA.

1. Kochler. **Przyczynek w sprawie leczenia zapalenia opon mózgowych zapomocą promieni Roentgena.** (Zur Meningitisbehandlung mit Röntgenbestrahlung). Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 30, 1935 r.

Na podstawie doniesienia Hippego o wyleczeniu meningokokowego zapalenia opon mózgowych frakcjonowanemi naświetlaniami autor stosował powyższą metodę w 2-ch przypadkach.

W jednym przypadku meningitis serosa w następstwie zapalenia zatoki obocznej nosa uzyskano częściową poprawę po stosowaniu promieni rentgenowskich. Bóle głowy o charakterze migreny, napady drgawek i podwójne widzenie ustąpiły. 1 naświetlanie stosowano w okolicy skroniowej, dawka promieni 50% HED, filtr aluminjowy 1,5 mm. i 5,0 Cu, 2 naświetlania w okolicy czołowej, dawka 50% HED.

W drugim przypadku meningitis cerebrospinalis epidemica podawano surowicę przeciwmeningokową codziennie przez 7 dni w ilości 10—20 cm.^{3} Po ukończonej kuracji surowicą płyn mózgowo-rdzeniowy był jałowy, jednak nadal o charakterze ropnym. Następnie zastosowano amphotropinę (przetwór urotropiny) dziennie 20 — 40 cm.^{3} dożylnie. Po leczeniu amfotropiną wzniesienia ciepłoty o mniejszej częstości. Trwałe obniżenie ciepłoty, wyzdrowienie, przywrócenie zdolności do pracy i wzrost wagi osiągnięto dopiero po zastosowaniu naświetlań promeniami rentgenowskiemi kręgosłupa w okolicy potylicy. Serja naświetlań składa się z małych dawek 20% HED, filtr aluminjowy grubości 1,5 mm.

Naświetlano 6 pól kolejno wznosząc się do dołu ku górze. Wielkość pól 6 × 8 i 10 × 12 cm. Ogółem każde pole zostało obciążone 80% HED. Czas trwania leczenia wynosił 5 miesięcy. W przypadku tym podejmowano nakłucie lędźwiowe 21 razy.

Wnioski: Skuteczność naświetlań promieniami rentgenowskiemi stwierdono w przypadkach meningokokowego zapalenia opon mózgowych, przebiegającego z gorączką. Nadto dzięki naświetlaniu płyn mózgowo-rdzeniowy o charakterze ropnym przeistoczył się w płyn jałowy przejrzysty. Duże dawki amfotropiny w drugim przypadku obniżyły znacznie septyczną gorączkę. Nakłucia lędźwiowe działały objawowo i odciążająco na ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Jednak zmniejszenie nadmiernej czynności wydzielniczej opon i całkowite wy-

zdrowienie osiągnięto dopiero zapomocą systematycznego naświetlania promieniami rentgenowskiemi.

C H I R U R G J A.

A. Mühling. **O leczeniu wypadnięcia odbytnicy i odbytu.** (Der Prolapsus ani et recti und seine Behandlung). Münchener Medizinische Wohennschrift Nr. 29, 1935 r.

Należy odróżniać wypadnięcie odbytu (prolapsus ani) od wypad= nięcia odbytnicy (prolapsus recti). W przebiegu wypadnięcia odbytu fałd błony śluzowej nie przekracza płaszczyzny otworu odbytowego wię= cej niż na 3 cm., natomiast przy wypadnięciu odbytnicy części wypadnięte odbytnicy osiągnąć mogą długość do 15 cm.

W powstawaniu cierpienia w pierwszym rzędzie posiadają znaczenie czynniki konstytucjonalne. W przebiegu opisanego schorzenia często stwierdza się obwisły brzuch, obwisłe piersi, upośledzone napięcie skóry, (Hautturgor), niedostateczne ukrwienie okolic obwodowych, szarawo=żółte zabarwienie skóry, opadnięcie trzew, zwłaszcza okrężnicy, skłonność do żylaków, płaskiej stopy i guzów krwawnicowych, jednem słowem mniej= szą wartościowość tkanki łącznej.

Po długotrwałych i wyniszczających chorobach, po dużej utracie wody wskutek biegunek, w następstwie charłactwa, po dużych krwoto= kach oraz w przebiegu przewlekłych chorób krwi, wogóle w tych wszy= stkich przypadkach, gdy ulega upośledzeniu napięcie tkanek, powstają warunki sprzyjające wypadnięciu odbytnicy. Zwłaszcza często spotyka się omawiane cierpienie przy schorzeniach jelitowych, przyczem biegunki i parcie oraz ogólne osłabienie stanowią czynniki szkodliwe. To samo do= tyczy aktu porodowego, kamicy pęcherza moczowego i przerostu stercza.

O b j a w y. Na początku chorzy skarżą się na biegunkę. W rze= czywistości częste wypróżnienia są spowodowane nadmiernem parciem. Wypadnięte części śluzówki chorzy przyjmują za guzy krwawnicowe. Wypadnięte części można z łatwością wprowadzić z powrotem. Po pe= wnym czasie jednak wprowadzenie wypadniętych części staje się możliwe dopiero w pozycji kolanowo = łokciowej. Mimo wprowadzenia parcie nadal się utrzymuje. Po wypróżnieniach chory w dalszym ciągu odczuwa ucisk w okolicy odbytu, przyczem błona śluzowa ulega obrzękowi i krwa= wieniu. Dopiero po zastosowaniu czopków i maści oraz uregulowaniu wypróżnień wszystkie dolegliwości ustępują.

P r z e b i e g. Po nadmiernym wysiłku lub przebytych chorobach następuje nawrót cierpienia. Spowodu parcia chory często miewa wy= próżnienia, którym towarzyszy krwawienie. Wskutek stosowania niewła=

ściwych środków przeczyszczających występuje utrata płynów, która wywołuje znaczne pogorszenie cierpienia. Wszelkie próby wprowadzenia wypadniętych części zawodzą. Stan chorych nieustannie się pogarsza, aż wreszcie tracą oni wszelką zdolność do pracy.

W y n i k i   b a d a n i a. Podczas oględzin stwierdza się w okolicy odbytu twór długości do 12 cm. o zabarwieniu bladem lub ciemno-szarawo-czerwonem. Właściwego światła w wypadniętej odbytnicy się nie stwierdza. Błona śluzowa jest pokryta żółtawemi drobnemi nalotami i owrzodzeniami. Przy tem wydziela się ciągnąca, cuchnąca wydzielina. Nawet ostrożne dotknięcie powoduje ból i krwawienie, zwłaszcza silna bolesność występuje w okolicy zwieracza odbytu.

Próby wprowadzenia w tym okresie zawodzą. Pomyślnie działają okłady z wody lodowej, rozczynów efetoniny i wina kamforowego po uprzedniej stosownej dawce opium i atropiny. Wskazane są również nasiadówki.

Wprowadzenie wypadniętych części uskutecznia się najlepiej w pozycji bocznej. Chory leży na lewym boku z wyprostowaną kończyną dolną prawą i nieco zgiętą lewą. Zabieg należy wykonać bardzo powolnie całą dłonią zapomocą wilgotnego paska gazy. Po skończonem wprowadzeniu 2 palce pozostają w odbytnicy póki obrzęk i przekrwienie nie rozejdą się równomiernie.

Bardzo często po wyjęciu palców ponownie występuje wypadnięcie odbytnicy.

Autor zaleca bardzo skuteczną metodę, wzorowaną na opróżnianiu guzów krwawnicowych według Boasa (Hämorroidalverödung).

Metoda Boasa leczenia guzów krwawnicowych jest następująca: W przeddzień kuracji chory otrzymuje środek przeczyszczający. ½ godziny przed zabiegiem wstrzykuje się podskórnie morfinę z atropiną, zaś doodbytniczo 50 cm.^{3} 0,5% rozczynu nowokainy. Zapomocą ssącego dzwona Biera w pozycji kolankowo-łokciowej wsysa się wypadnięte guzki. Do każdego guzka wstrzykuje się później ¼ — ¾ cm.^{3} 70% alkoholu do strony obwodowej. Podczas jednego posiedzenia wstrzykuje się nie więcej niż 1 — 2 cm^3 alkoholu. Do każdego guzka używa się nowej igły. Po wykonanych wstrzykiwaniach do wszystkich guzków należy je wprowadzić spowrotem nawazelinowanym palcem. Guzki niewprowadzone ulegają zgorzeli, poczem pozostaje ziarninujący kikut, który goi się w ciągu 10 dni.

Wzorując się na opisanej metodzie autor stosuje znieczulenie pierścienia odbytowego 10% rozczynem perkainy. Jeżeli odurzenie nie usuwa

bólu, wówczas zwilża się błonę śluzową rozczynem perkainy zwłaszcza w okolicy pierścienia odbytowego, gdzie podejmuje się wstrzykiwania al-koholu. Wstrzykiwania uskutecznia się w ten sposób, iż igłą możliwie długą i bardzo cienką wkłuwa się okrężnie ku przodowi do podstawy wypadniętego odcinka. Przy powolnem wyciąganiu igły wstrzykuje się rozczyn perkainy tak, że tkanka staje się bladoróżową i nieco bardziej napiętą niż poprzednio. Niekiedy wskazane jest powtórne wstrzykiwanie. Po znieczuleniu wstrzykuje się alkohol, który działa odwadniająco i przy-żegająco, dzięki czemu w naczyniach powstają szybko zakrzepy.

W ten sposób naczynia błony śluzowej ulegają opróżnieniu, co umo-żliwia zabieg wprowadzenia wypadniętej odbytnicy. Jeżeli zabieg nie udaje się lub po wprowadzeniu odbytnica wypada, wówczas należy narazie zaniechać dalszych prób wprowadzenia odbytnicy i tymczasem wstrzykuje się podskórnie do pierścienia odbytowego kilka kropli 10% alkoholu, co sprzyja mocnemu zamykaniu się zwieracza odbytu.

Po zabiegu choremu nakłada się opaskę w kształcie litery T, nadto chory pozostaje w łóżku w pozycji grzbietowej. Stosowanie opium i atro-piny usuwa bóle i parcie, zaś puder kamilosan i bolufenowy (Kamilosan-puder, Boluphenpuder), przysypywane 2 — 3 razy dziennie działają od-wadniająco oraz ograniczają zgorzel i wydzielinę. Przy znacznej martwicy konieczne jest stosowanie nasiadówek z rumianku i kory dębowej. Przez następne 10 dni stosuje się małe dawki opium celem wstrzymania wy-próżnień.

Na 11-ty dzień podaje się kalomel i gorzką sól. Później należy regulować wypróżnienia, podając co 2-gi dzień ol. parafini. Miejscowo stosuje się nasiadówki z rumianku i posypywanie pudrem.

Po opisanym zabiegu osiąga się miejscową i ogólną poprawę zapo-mocą stosowania arsenu i żelaza. Powstała tkanka bliznowata stanowi dostateczną podporę dla odbytnicy.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

R. Klotz. **Oziębłość kobiety z punktu widzenia praktyki lekarskiej.** (Die Frigidität der Frau vom Geschichtspunkte der Praxis aus). Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 28, 1935 r.

Oziębłość kobiety stanowi cierpienie, które dotychczas nie zostało należycie ocenione ani przez lekarzy, ani przez chore kobiety. Zdaniem Ockela cierpienie to spostrzega się w ½ liczby wszystkich małżeństw, przyczem oziębłość powoduje różne nieporozumienia i nieszczęścia! We-dług Dunkana oziębłość kobiety stanowi przyczynę niepłodności w ⅓ czę-ści przypadków. Opracowanie omawianego zagadnienia jest niezmiernie ważne dla polityki ludnościowej.

Lekarz - praktyk w godzinach przyjęć nie ma możności sprawy tej poruszać w sposób nieskrępowany. Przeprowadzenie odnośnego wy-

wiadu wymaga dużej ostrożności i taktu. Lekarz w tym wypadku wkracza do najbardziej ukrytej głębi życia psychicznego kobiety, co po-równać możnaby z poważnym zabiegiem chirurgicznym. Tylko w razie koniecznych wskazań można podjąć badanie, dotyczące przeżyć erotycz-nych chorej.

W tym wypadku należy zachować największą powagę moralną; postępowanie lekarskie winno być ściśle naukowe i rzeczowe, przyczem konieczne jest utrzymanie pewnego dystansu wobec chorej. Mimo prze-strzegania powyższych zasad niektóre chore po opisanem badaniu przez długi czas unikają lekarza. Nie wolno zapominać, iż chore często ujaw-niają wobec lekarza to, co tkwiło w głębi świadomości i dopiero po po-konaniu silnego oporu te bolesne dla chorej sprawy zostały uzewnętrznione. Wskutek uczucia wstydu chore te unikają lekarza. Z tego względu naj-lepiej przeprowadzić odnośne badanie na jednem posiedzeniu, przy po-nownych badaniach lekarskich nie należy do sprawy tej powracać, lecz dalsze wyjaśnienia uzyskać od męża chorej.

W tych przypadkach, gdy chore mówią o swej oziębłości bez skrępowania, trudno osiągnąć poprawę. Są to przypadki oporne na leczenie. Jeżeli zwłaszcza u starszych kobiet sprawa jest poruszona zbyt rzeczowo i spokojnie, wówczas świadczy to o przewadze rozumu nad uczuciem, co stanowi o złem rokowaniu. Są to przypadki, które raczej nadają się do leczenia przez neurologów i seksuologów.

Chore, które zgłaszają się spowodu oziębłości do ginekologów, nie wykazują większych zaburzeń psychofizycznych, jedynie wobec braku orgazmu występują zaburzenia popędu płciowego i pobudliwości płciowej. Pod względem terapeutycznym są to przypadki wdzięczne, jednak mimo to stanowią one duży odsetek niepłodnych małżeństw. W każdym razie sprawa wymaga wczesnego rozpoznania i wczesnego leczenia, dopóki chora jest jeszcze młoda.

Oziębłość jest cierpieniem psychosomatycznem, przyczem niekiedy przeważają czynniki psychiczne, zaś w innych razach rozstrzygające zna-czenie posiadają czynniki somatyczne.

Przebieg badania lekarskiego. Badanie lekarskie należy rozpocząć od badania ginekologicznego. Jeżeli się stwierdza niedorozwój narządów rodnych zewnętrznych, wówczas świadczy to również o niedorozwoju jaj-ników. W tym wypadku trudno spodziewać się poprawy. Następnie jest rzeczą ważną dowiedzieć się, czy chora wogóle kiedykolwiek doznała za-spokojenia erotycznego i całkowitego odprężenia podczas marzeń sennych lub w innych okolicznościach.

Niekiedy oziębłość spowodowana jest drobnostkami, które łatwo można usunąć. Orgasmus zależy głównie od należytego pobudzenia cli-toris. Odpowiednie wskazówki w tej mierze nieraz wystarczają, aby przy-czynę oziębłości usunąć. ,

Fizjologicznie orgasmus występuje u kobiety później, co winno być uwzględnione podczas coitus.

Pomocy lekarskiej wymagają te przypadki oziębłości, które rozwi= nęły się spowodu zbyt brutalnego lub niezręcznego postępowania mał= żonka na początku pożycia małżeńskiego. W tych razach konieczne jest stosowne pouczenie męża oraz uwzględnienie krzywej pobudliwości ero= tycznej kobiety. Należy uwzględnić, iż libido u kobiety osiąga naj= większe natężenie bezpośrednio przed perjodem.

Różne wzruszenia o charakterze dodatnim i rozrywki, małe ilości alkoholu, wspólne przeżycia erotyczne i nieerotyczne sprzyjają usunięciu różnych czynników hamujących libido.

Duże znaczenie posiada t. zw. wstępna gra miłosna (Liebesvorspiel). Jak wiadomo popęd płciowy składa się ż dążenia do detumescencji (Eja= kulationstrieb) i popędu konkrektacyjnego (dążenie do zbliżenia ducho= wego i do obcowania). Popęd konkrektacyjny jest szczególnie rozwinięty u kobiet. Pod tym względem kobieta podobna jest do dziecka. Pożąda ona pieszczot, objęć, czułości, nadto odczuwa ona potrzebę oparcia się o silnego mężczyznę. Są to przejawy popędu konkrektacyjnego. Oko= liczność tę winien uwzględnić mężczyzna. Pobudzenie t. zw. zon erotogen= nych jest koniecznym warunkiem dla prawidłowego przebiegu coitus.

Rozwój przeżyć erotycznych kobiety w małżeństwie winien od= bywać się stopniowo. Na początku przeżycia miłosne winne być o mniej= szem nasileniu, dopiero później zostają zaspokojone popędy erotyczne w całej pełni.

Należy podkreślić, iż zagadnienie oziębłości wymaga syntetycznego ujęcia różnorodnych czynników i uwzględnienia całokształtu osobowości chorej.

DERMATOLOGJA I WENEROLOGJA.

Schlack. **Leczenie łuszczycy.** (Die Behandlung der Schuppen- flechte). Therapie der Gegenwart Nr. 7, 1925 r.

Sprawa leczenia łuszczycy dotychczas nie została należycie opra= cowana.

Miejscowe leczenie poszczególnych ognisk maściami jest niezmier= nie trudne przy rozległem umiejscowieniu sprawy chorobowej.

Jest rzeczą niemożliwą dokładnie stosować daną maść, jeżeli liczba ognisk jest bardzo znaczna. Ograniczone pojedyńcze ogniska goją się pomyślnie po stosowaniu maści chryzarobinowej. Nieodzownym warun= kiem skuteczności maści chryzarobinowej jest uprzednie oddzielenie się łu= sek najlepiej zapomocą gorącej kąpieli.

W licznych przypadkach korzystnie działają naświetlania promie= niami rentgenowskiemi. Trudności leczenia promieniami rentgenowskiemi

polegają na tem, iż należy starannie osłonić zdrową skórę, nadto na jednem posiedzeniu można naświetlać jedynie mały ograniczony odcinek. W ten sposób leczenie to jest zbyt długotrwałe i kosztowne.

Niekiedy osiąga się bardzo pomyślne wyniki po naświetlaniu grasicy. Łuski szybko odpadają, poczem następuje wyleczenie. Jednak wkrótce stwierdza się nawrót cierpienia.

Niezawodnie działa wewnętrzne stosowanie arsenu. Arsen należy stosować w bardzo dużych dawkach, które wywołują nieraz zjawiska zatrucia. Działanie toksyczne arsenu ujawnia się w obrębie żołądka i układu nerwowego, przyczem występują brak apetytu, bóle w obrębie żołądka i podniecenie ogólne. Osiągnięte wyleczenie jest krótkotrwałe i wkrótce następuje nawrót.

Godne uwagi i nader skuteczne jest leczenie lampą kwarcową.

Już oddawna spostrzegano, iż intensywne działanie promieni słonecznych wywołuje znaczną poprawę w przebiegu łuszczycy. W jednym przypadku uporczywej łuszczycy w okolicy czoła uzyskano trwałe wyleczenie po 8-mio godzinnym pobycie na wysokości 2000 metrów. Przypadek ten posłużył jako bodziec do systematycznego stosowania promieni ultrafiołkowych. Należy podkreślić, iż naświetlanie lampą kwarcową ognisk pokrytych strupami, jest mało skuteczne. Natomiast bardzo pomyślnie działają dawki, wywołujące opalenie się skóry (Verbrennungsdosen), wobec ognisk uwolnionych od strupów. Autor naświetlał pojedyńcze ogniska wielkości 2-ch dłoni dużemi dawkami promieni ultrafiołkowych (lampa kwarcowa) w ciągu ½ — ¾ godziny w odległości 75 cm. Po tych naświetlaniach występowały oparzenia II-go stopnia z bolesnem tworzeniem się pęcherzy i następowem całkowitem wyleczeniem.

Ostatecznie została opracowana przez autora technika następująca:

Po kąpieli wodnej o 30° R trwającej 1 godzinę ulegają napęcznieniu wszystkie strupy, poczem dają się one z łatwością usunąć bez krwawienia. Bezpośrednio potem skórę się osusza i chory podlega działaniu promieni lampy kwarcowej przez 5 minut. Naświetlanie winno spowodować oparzenie I-go stopnia z zaczerwienieniem skóry i łuszczeniem się naskórka. Skutecznie działają jedynie promienie, które padają na skórę prostopadle. Naświetlaniom podlega cała powierzchnia ciała na dwuch posiedzeniach. Naświetlania trwają od 2½ — 3 minut przy nowym palniku, lub 5 — 10 minut przy palniku używanym. Poprawa następuje szybko, znikają świąd i strupy. Po 6 — 10 naświetlaniach ze stopniowem powiększeniem czasu trwania do 15 — 20 minut dla każdej strony uzyskuje się całkowite wyleczenie. Z początku naświetlać należy 2 razy tygodniowo, później 1 raz tygodniowo, następnie coraz rzadziej, każdorazowo po ukazaniu się nawrotu w jakiemkolwiek miejscu. Dalsze naświetlania w coraz większych odstępach czasu obok należytego pielęgnowania skóry posiadają znaczenie zapobiegawcze. Rozstrzygające znaczenie dla pomyślnego wyniku naświe-

tlań posiadają uprzednie długotrwałe kąpiele, dzięki którym można usunąć strupy. Promienie pozafiołkowe mają być zastosowane na ogniska łuszczycy, które jeszcze nie wyschły na powietrzu po kąpieli.

Powyższa technika jest o tyle dogodna, że pozwala w sposób nieszkodliwy stosować leczenie na dużych powierzchniach ciała. Ze względu na pomyślne wyniki opisana metoda zasługuje na rozległe stosowanie.

OTO—RYNO—LARYNGOLOGJA.

R. Imtofer. **Czyraki przewodu słuchowego oraz nosa i ich leczenie.** (Gehörgangs und Nasenfurunkel und ihre Behandlung). Die ärzlichte Praxis Nr. 7, 1935 r.

Patogeneza i leczenie czyraków przewodu słuchowego i nosa posiadają wiele cech wspólnych. W jednym i drugim przypadku toczy się zapalenie w zakresie skóry, która przylega do chrząstki i jest pozbawiona tkanki tłuszczowej, przyczem warstwa tkanki podskórnej jest nieznaczna.

Czyraki przewodu słuchowego i nosa są w większości przypadków zakażeniem umiejscowionem. Omawiane cierpienie zostaje wywołane przez zranienie powierzchownych warstw skóry wskutek zadrapania lub stosowania różnych narzędzi.

Czyraki uszu występują częściej u kobiet niż u mężczyzn. Ta niewspółmierność coraz bardziej wzrasta. Ostatnio stosunek ten wynosi 3:1. Częstość czyraków uszu u kobiet tłumaczy się modnemi fryzurami, ondulacją i częstem myciem głowy. Modne fryzury, przykrywające uszy utrudniają dostęp powietrza do uszu, zaś wilgotne włosy, przylegając godzinami do ucha, stanowią jakgdyby okład rozgrzewający. W ten sposób powstają korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów.

W niektórych przypadkach spostrzegano, iż czyraki ucha występowały każdorazowo po ondulacji, myciu głowy, nadto spostrzega się to cierpienie u zakonnic wskutek noszenia czepków przykrywających uszy. Spostrzeżenia te świadczą, iż swobodny dostęp powietrza jest konieczny, aby zapobiec czyrakom ucha.

Niekiedy czyraki przewodu słuchowego są częściowym przejawem czyraczności ogólnej. W tym wypadku wskazane jest badanie w kierunku cukrzycy i trądzika polekowego (brom).

Etjologicznie wchodzą w rachubę gronkowiec biały i złocisty.

Czyraki na koniuszku nosa nie są schorzeniem poważnem, natomiast czyraki na skrzydłach nosa zwłaszcza w części bocznej są niekiedy niebezpieczne. Pierwsze objawy są to bóle i obrzęki. Bóle są spowodowane

uciskiem chrząstki na czyrak. Szczególnie silne bóle występują w przebiegu otitis externa furunculosa.

Bardzo dotkliwe są bóle, jeżeli czyrak przewodu słuchowego jest umiejscowiony w pobliżu stawu szczękowego. Wówczas przy każdem poruszeniu szczęki wywiązują się bardzo dotkliwe bóle. W tym wypadku konieczne jest pożywienie płynne.

Gwałtowne bóle w przebiegu czyraków nosa stanowią oznakę, świadczącą o dużem niebezpieczeństwie.

Opisanym schorzeniom towarzyszą stany podgorączkowe. Duża gorączka z dreszczami świadczy o ciężkim przebiegu sprawy chorobowej.

Rozpoznanie różniczkowe nastręcza niekiedy poważne trudności. Odróżnienie otitis furunculosa od mastoiditis opiera się na bolesności uciskowej. która jest znamienna dla mastoiditis. Jeżeli ucisk na wyrostek sutkowy przy otitis furunculosa nie jest bolesny, to pociąganie za małżowinę uszną wywołuje silne bóle.

Często czyraki w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego działają do pewnego stopnia jak szczepionoka własna. Po wygojeniu się czyraka przewodu słuchowego ustępuje również wyciek.

Szerzący się obrzęk przy czyrakach nosa stanowi oznakę niepokojącą. Przebicie i opróżnienie się czopa martwiczego w przebiegu czyraków nosa następuje na 4 — 5 dzień.

Nawroty są częstsze przy czyrakach uszu niż nosa.

Rokowanie przy czyrakach przewodu słuchowego jest o wiele pomyślniejsze niż przy czyrakach nosa. Szczególnie nibezpieczne są czyraki nosa w okolicy fałdu nosowo - wargowego. Według Rodeliusa odsetek śmiertelności przy czyrakach nosa, umiejscowionych w okolicy fałdu noso - wargowego wynosi 12,2%.

Autor przytacza przypadek śmiertelnego czyraka nosa, który rozwinął się po wyrwaniu włosów (vibrissae) z wnętrza nosa. W przypadku tym wystąpiło zapalenie zakrzepowe zatoki jamistej, które po 6-ciu tygodniach doprowadziło do zgonu. W innym przypadku czyraka o ciężkim przebiegu udało się uzyskać wyleczenie po naświetleniach promieniami rentgenowskiemi (150 R).

W każdym przypadku czyraków nosa o ciężkim przebiegu należy wypróbować stosowanie naświetlań rentgenowskich.

Leczenie czyraków ma następujące zadania na celu:

1) Uśmierzenie bólów,

2) Dążenie do ograniczenia sprawy i oddzielenia się czopu martwiczego,

3) Zapobieganie nawrotom.

W przypadkach o gorączkowym przebiegu chory winien pozostawać w łóżku.

Ze środków narkotycznych stosować można przetwory kwasu barbiturowego.

Pomyślnie działają na bóle kataplazmy lub antyflogistyna. W tym celu stosuje się również naświetlanie lampą sollux. Autor zaleca zakładanie do przewodu słuchowego lub otworów nosa wacików zwilżonych gorącym rozczynem octanu glinu o składzie następującym:

Liq. alum. acet. conc. filtr. 3%, 30,0 sol. acidi borici 2% ad 100,0

Waciki po kilku minutach się zmienia. Po 2-ch godzinach stosowania wskazana jest przerwa dwugodzinna. Waciki wywołują macerację naskórka, co przyśpiesza przebicie się czyraka. Maście są w danym przypadku przeciwwskazane.

Przy czyrakach nosa nacięcie (incisio) jest przeciwwskazane, natomiast przy czyrakach ucha można przyśpieszyć proces gojenia, opróżniając ropę cięciem.

Celem usunięcia czopu stosować można rurkę skonstruowaną przez autora z boczną odnogą. Po przystawieniu rurki i rozrzedzeniu powietrza można z łatwością wydobyć czop martwicowy. Po usunięciu czopa wskazane jest założenie do otworu cienkiego sączka zwilżonego w 10% rozczynie nadmanganianu potasu. W ten sposób ustaje wydzielanie się ropy, co zapobiega nawrotom.

Trzy dni po usunięciu czopu wskazane jest ponowne sprawdzenie ogniska chorobowego. Strupy zeschniętej wydzieliny i złuszczone masy nabłonka spłukuje się, następnie należy osuszyć przewód słuchowy ogrzanem powietrzem (aparat Föhn). Przy czyrakach nosa stosuje się następowe leczenie zapomocą olminalu, który wprost z tubki wyciska się do nosa.

W razie nawrotów korzystnie działa ogólne leczenie szczepionkami. Najskuteczniej działa szczepionka „Staphar". Wstrzykiwać należy 3 razy co drugi dzień. Początkowo podaje się ½ ampułki, później ¾, wreszcie całą. Po pierwszej serji następuje przerwa 5 dni. Po przerwie można ponowić wstrzykiwania 2 razy co 2-gi dzień po całej ampułce.

Leczenie szczepionkami niezawodnie zapobiega nawrotom. Po ustąpieniu czyraków nosa korzystnie działa lekkie wycieranie ognisk zapalnych rozczynem sublimatu 1:500.

W przebiegu cukrzycy konieczne jest stosowne leczenie internistyczne.

OKULISTYKA.

R. Galus. **Rozpoznanie oftalmoskopowe nadciśnienia.** (Die ophtalmoskopische Diagnose der allgemeinen Bludrucksteigerung). Medizinische Klinik Nr. 28. 1935.

W przebiegu nadciśnienia i miażdżycy stwierdza się znamienne zmiany siatkówki. Jednak odróżnienie tych dwuch spraw nastrzęcza poważne trudności.

Wężykowaty przebieg tętnic nie stanowi objawu, wskazującego na nadciśnienie. W 30% osobników normalnych stwierdza się wężykowaty przebieg tętnic i żył.

To samo dotyczy również wzmożonego pasma odbicia świetlnego w zakresie tętnic (Verstärke Reflexstreifen). Wzmożone odbicie świetlne świadczy o nadciśnieniu.

Rozstrzygające znaczenie rozpoznawcze posiada szerokość tętnic. W przebiegu przewlekłego nadciśnienia stwierdza się zwężenie tętnic. W przypadkach świeżych również stwierdza się zwężenie tętnic, lecz w pewnem oddaleniu od brodawki. W miarę postępu rozwoju nadciśnienia zwężenie tętnic szerzy się ku środkowi brodawki.

Wynaczynienia siatkówki oraz stan zapalny nie są znamienne dla nadciśnienia.

Najważniejsza zmiana w zakresie dna oka *dotyczy żył w tem miejscu, gdzie przechodzą one pod tętnicami i krzyżują się z niemi.* U ludzi młodych nie stwierdza się zmian wzdłuż przebiegu żył. Żyły przeświecają poprzez przezroczyste tętnice jako ciemniejsze pasemka. W wieku podeszłym przebieg żył w miejscu skrzyżowania jest przerwany. Przy znacznej miażdżycy żyła jest uciśnięta.

Bezwzględnie należy rozpoznawać nadciśnienie wówczas, gdy żyły skrzyżowane z tętnicami są ścieńczone bezpośrednio przed miejscem skrzyżowania. Nadto w miejscach ścieńczenia brak odbicia świetlnego (Reflex). Częściej jednocześnie w miejscu tem żyła opisuje łuk. W przypadkach szczególnie jaskrawych środek łuku w połowie swej długości jest przerwany.

Powyższe zjawiska są spowodowane uciskiem żył przez napięte i zgrubiałe tętnice. Prąd krwi w uciśniętych żyłach dąży do utorowania sobie drogi, wskutek czego żyła wygina się łukowato. Czasem owe wygięcie jest tak znaczne, iż stwierdza się przerwę w przebiegu żyły, oczywiście tylko rzekomą, gdyż w istocie ciągłość przebiegu zostaje zachowana, jedynie tkanka otaczająca osłania łukowatą część żyły.

W tych przypadkach, gdy wzrost ciśnienia następuje szybko, zmian żył się nie stwierdza. Okoliczność ta świadczy, iż wchodzą tu w rachubę również zmiany ścianek naczyniowych.

Poniżej opisany łuk skrzyżowany (Kreuzungsbogen) jest wielce znamienny dla nadciśnienia. Brak jednak omawianych zjawisk nie wyłącza możliwości nadciśnienia.

Łuk skrzyżowany stanowi podstawę do rozważań różniczkowo-rozpoznawczych. Brak łuków skrzyżowanych w przebiegu retinitis przemawia przeciwko retinitis albuminurica. W początkowym okresie neuroretinitis albuminurica, gdy następują wybroczyny i obrzęk brodawki, nieraz trudno odróżnić wspomniane objawy od tarczy zastoinowej. Obecność łuków skrzyżowanych świadczy na korzyść neuroretinitis albuminurica przeciwko tarczy zastoinowej.

Ucisk na pnie żylne w przypadkach istnienia łuków skrzyżowanych powoduje zwolnienie prądu krwi w żyłach i zakrzepy. Szczególnie du-

że niebezpieczeństwo zakrzepów zachodzi w tych razach, gdy mimo ucisku przez tętnice żyły nie mają możności wytworzyć łuków skrzyżowanych.

Rokowanie nadciśnienia zależy w dużym stopniu od występowania łuków skrzyżowanych. Badania Radnara na podstawie 100 przypadków nadciśnienia wykazały, iż przy braku łuków skrzyżowanych odsetek śmiertelności wynosi 2%, przy wyraźnych łukach skrzyżowanych 60%, przy daleko posuniętych zmianach łuków skrzyżowanych 100%.

Wreszcie należy podkreślić znaczenie ogólno-patologiczne opisanych zmian. Tworzenie się łuków skrzyżowanych jest następstwem odczynu obronnego ze strony żył. Jest rzeczą prawdopodobną, iż analogiczne zjawiska występują również w obrębie innych narządów. Na szczególną uwagę i opracowanie zasługują sprawy te w obrębie naczyń mózgowych.

Skrzynka pocztowa.

PYTANIA.

13. Odczyny serologiczne w przebiegu schorzeż nowotworowych.

Jaka jest wartość odczynów serologicznych w przebiegu schorzeń nowotworowych? Na czem polegają założenia teoretyczne i technika wymienionych odczynów? *E. Z.*

14. PrzeciwwsKazania do stosowania stiminolu.

W piśmiennictwie niemieckiem są podane wskazówki dotyczące przeciwwskazań do stosowania coraminy. Grożący obrzęk płuc i rozlany nieżyt oskrzeli mogą ulec znacznemu pogorszeniu pod wpływem stosowania coraminy spowodu wzmożenia się wydzielania w obrębie oskrzeli. Czy powyższe zastrzeżenia są uzasadnione i dotyczą również stiminolu? *A. G.*

15. Leczenie czyraczności rivanolem.

Czy okłady z rivanolu 1:1000 mogą być stosowane do leczenia poronnego czyraczności? Czy opisana metoda zapobiega nawrotom cierpienia? Czy można stosować powyższe okłady na czyrak, w którym stwierdza się chełbotanie, bez uprzedniego przecięcia i opróżnienia jamy czyraka? *C. L.*

16. Psychoanaliza według FranKa.

Na czem polega różnica między klasycznemi metodami psychoanalitycznemi a metodą Franka? Czy wymieniona metoda jest praktycznie bardziej dogodna i może być stosowana w praktyce ogólnej? *M. F.*

ODPOWIEDZI.

5. Medycyna biologiczna i homeopatja.

Pod lecznictwem biologicznem rozumiemy leczenie organizmu przy pomocy jego własnych czynników odpornościowych, a jeżeli ich jest za mało — to potęgujemy je środkami terapeutycznemi. — Do tych środków zaliczamy także wodę, światło, powietrze i dietę. — Biologiczne lecznictwo usiłuje chory organizm tak uleczyć, aby był uodporniony na wszelkie nowe czynniki szkodliwe. — Zasady terapji biologicznej wynikają wprost z krytytki tej terapji przez medycynę szkolną. Hipokrates zaznaczał, że objawy chorobowe można leczyć środkami, które wywołują podobne objawy.

Biologiczne lecznictwo można uważać jakoby za syntezę usiłowań humoralno-patologicznych, dietetycznych, fizykalnych i homeopatji, która łączy ideę całości i prawo swoistości organizmu ludzkiego. — Zastosowanie środków leczniczych danych nam przez przyrodę w ich naturalnej postaci, odpowiada żądaniom, które nam ona sama stawia.

Lecznictwo biologiczne ze swego stanowiska nie uznaje środków syntetycznych, gdyż działają one tylko w myśl zasady uśmierzania. — Organizm ludzki, który jest pośrednio związany z ziemią i całem otoczeniem pod względem oddziaływania nie jest nastawiony na środki syntetyczne. — Weźmy np. gorączkę, która — jak wiadomo — przedstawia reakcję organizmu, jak i jego usiłowanie do wyzdrowienia.

W myśl lecznictwa biologicznego nie stosuje się antipyretica, aby gorączkę uśmierzyć, lecz środki biologiczne, które wywołują gorączkę, a więc, takie, które zawierają naturalne, potęgujące żywotność substancje brakujące organizmowi, które go pobudzają i pomagają mu w procesie uzdrowienia.

Leki stosowane w terapji biologicznej zawierają z zasady tylko substancje pochodzenia roślinnego lub mineralnego, leki te są przygotowane z całej rośliny, gdyż działają one wtedy o wiele intensywniej niż alkaloidy i glikozydy wyodrębnione z tej rośliny. — To samo możemy powiedzieć i o lekach mineralnych.

Terapja homeopatyczna jako nauka oparta na doświadczeniu, założona w roku 1796 przez lekarza D-ra Samuela Hahnemanna, opiera się na starej tysiącoletniej zasadzie podobieństwa „Similia similibus". Ta zasada twierdzi, że lekarstwo w dużem rozcieńczenu leczy u chorego te same objawy, jakie u zdrowego wytwarza w małem rozcieńczeniu przy t. zw. wypróbowaniu leku. — Ażeby u chorego nie wywołać szkodliwych objawów, stosuje się leki homeopatyczne w małem rozcieńczeniu i w minimalnych dawkach.

Terapja homeopatyczna jest nosicielką idei biologicznej, stanowi jednak tylko część lecznictwa biologicznego.

W Polsce jedyną fabrvka wyrabiającą leki i preparaty z zakresu homeopatji i biolecznictwa jest firma Dr. Madaus & Co.

Firma Dr. Madaus & Co.

6. Niemoc na tle cukrzycy.

Niemoc na tle cukrzycy występuje bardzo często u mężczyzn. Zjawia się ona najczęściej w długotrwającej i nieleczonej cukrzycy. W niektórych przypadkach dzięki starannemu leczeniu dietą ew. dietą i insuliną niemoc ustępuje. Najczęściej jednak niewydolność pacjenta w tym względzie, w większym lub mniejszym stopniu pozostaje jako objaw stały.

Dr. med. Józef Wacław Grott
(Warszawa)

8. Bóle w następstwie zrostów otrzewnowych.

Zrosty kątnicy, wstępnicy i końcowego odcinka jelita krętego (mowa tu o zrostach, pozostałych już po usunięciu wyrostka, nie powodujących częściowej niedrożności i wogóle nie tak wielkich, by konieczną była nowa operacja) utrudniają ruchy peristaltyczne powyższych odcinków, które (ruchy) stają się wskutek tego bolesnemi. Utrudnienia te, a więc i bóle, są tym intensywniejsze, im większy jest opór czynny dla funkcji (dla ruchów peristaltycznych) wymienionych odcinków. Z powyższego wynikają wskazania lecznicze: poczęści drogą odpowiedniej diety, stwarzającej optimalne warunki dla funkcji kiszki, poczęści na drodze bezpośredniego mechanicznego pobudzania ruchów odnośnych odcinków, należy ułatwiać przesuwanie się zawartości trawiennej przez powyższe odcinki, aby nie dopuszczać do tworzenia się w nich zatorów.

Należy więc przepisać prawidłową indywidualnie racjonalną (optimalną) dla danego osobnika formułę żywienia, to jest taką, przy której funkcja całego jego przewodu pokarmowego, a w szczególności kiszki grubej, miałaby charakter możliwie najbardziej fizjologiczny, co w rezultacie da też normalne stolce. Jednocześnie, o ile to jest normalne, należy stosować codziennie masaż poczęści całego brzucha, a głównie kiszki grubej, który pacjent powinien robić sam codzień zrana na czczo po obudzeniu się, a ewentualnie jeszcze raz lub dwa razy w ciągu dnia w czasie ostatniej pół godziny przed posiłkiem; masaż winien być robiony serjami od ½ do 2 minut; winien być dość mocny, ale nie powinien sprawiać żadnych bólów ani przykrych oderwań (serje kolistego masażu brzucha naokoło pępka dłonią napłask; serja pocierań uciskowych wzdłuż kątnicy i wstępnicy od dołu do góry; serje pocierań uciskowych zstępnicy i esicy w kierunku poprzecznym z góry na dół; i zwłaszcza: serje wstrząsań brzucha czyli rytmicznych skurczów mięśni brzusznych, w pozycji leżącej, w danym wypadku prawej bocznej z przygiętemi w kierunku brzucha kola-

nami, każda serja po 10 — 20 wstrząsań zrzędu, przerwy między serjami mają wynosić od 5 do 10 minut).

O ile pacjent dokładnie wykonywa podane mu szczegółowe zalecenia, to postępowanie takie szybko prowadzi do ustalenia się normalnej funkcji kiszki grubej i jelita krętego nawet w danych warunkach (to jest przy istniejących zrostach) i pacjent przestaje skarżyć się na bóle; po pewnym czasie bóle w chorym rejonie mogą pojawiać się już tylko w razie popełniania niewątpliwych ekscesów.

Ewentualnie w początku kuracji wypada niekiedy korygować niektóre objawy (bardzo małe dawki parafiny przy zaparciu, węgiel przy rozwolnieniu, niekiedy jednocześnie; niekiedy w ciągu kilku pierwszych dni kuracji pożytecznem jest bez względu na stolce robić codzień na noc małe lawatywki).

W zrostach wywołujących wyraźne objawy częściowej okluzji, nawet choćby objawy te pojawiały się okresowo i niezbyt często, również w bardzo rozległych płaskich zrostach kiszki grubej, wskazaną jest operacja.

Na zasadzie dostępnych mi obserwacyj, zresztą niezbyt licznych, odnoszą się sceptycznie do korzyści leczenia diatermją przy utrwalonych starych zrostach. Sądzę, że diatermja jest wskazaną w bardzo świeżych przypadkach, oraz tam, gdzie istnieje podejrzenie, że pozostałości po cięższej sprawie zapalnej przywyrostkowej wciągnęły w grę (uszkodziły) również i pewne gałązki nerwowe danej okolicy (bolesne sensacje są wtedy znacznie przykrzejsze, promieniują dość szeroko w sąsiednie okolice, często do nogi prawej etc.); diatermja może wtedy osłabić bóle, zapewne jednak nie zmienia istoty rzeczy co się tyczy zrostów.

Dr. St. Janczurowicz
(Warszawa)

Stosowanie terapji fizykalnej przy zrostach czy to w postaci naświetlań promieniami X, djatermją zwykłą, czy krótkofalową polega na wywołaniu silniejszego, czy słabszego, krótko, lub długotrwałego przekrwienia z jego następstwami.

Działanie bodźcowe i przeciwzapalne promieni X nie wchodzi tu w grę, byłoby więc zbyteczne ich stosowanie. Pozostaje więc djatermja. Z dwóch djatermji krótkofalowej i zwykłej wystarczy w zupełności djatermja zwykła umiejętnie stosowana.

Naogół działanie tych środków leczniczych jest tem korzystniejsze, im wcześniej rozpoczynamy stosowanie ich po zabiegu i w tym celu należałoby natychmiast przypadek pooperacyjny nagrzewać.

Wyniki w przypadkach przewlekłych z dużemi przejawami klinicznemi, jeśli chodzi o bóle, są dobre, jeśli chodzi o skutki zrostów w postaci przeszkody w przejściu pokarmu niestety nikłe.

Dr. B. Kryński.
(Warszawa).

10. Masaż wibracyjny w leczeniu opuszczenia żołądka.

Masaż wibracyjny brzucha w przypadkach opuszczenia żołądka ma na celu głównie wzmocnienie mięśni brzucha i podniesienie napięcia mięśniówki żołądka.

Przypadki opuszczenia żołądka, powstałe na tle schorzeń organicznych, dotyczą najczęściej osobników o konstytucji upośledzonej, odpowiadającej habitus asthenicus. W tych razach wszystkie metody lecznicze, stosowane jednocześnie i zmierzające do wzmocnienia całego organizmu, często dopiero zmniejszają, a nawet zupełnie usuwają dolegliwości ze strony opuszczenia żołądka.

Masaż więc należy uważać za czynnik li tylko pomocniczy, a nie istotny w leczeniu tego cierpienia.

W aparatach do masażu wibracyjnego pelota, wprawiana w ruch zapomocą motoru, zastępuje pracę ręki, wymagającą dużej wprawy i siły. Szczegóły co do aparatów i techniki masażu wibracyjnego można znaleźć w podręczniku niemieckim: „Technika terapeutyczna“ prof. Schwalbe.

Dr. med. Stefan Dobryszycki
(Warszawa)

11. Długotrwałe stosowanie nitrogliceryny.

Ujemne działanie nitrogliceryny — jak zresztą i innych azotynów, do których się ona w ustroju chemicznie upodabnia, polegać może bądź na powstaniu methemoglobinemji, bądź też na nadmiernem obarczaniu schorzałego m. sercowego wskutek zwiotczenia naczyń obwodowych i zbyt gwałtownych spadków ciśnienia krwi. W omawianym tu przypadku wspomniane niebezpieczeństwo jest minimalne zarówno ze względu na stosunkowo rzadkie użycie, jak i drobne dawki stosowanej nitrogliceryny.

Jednakże w razie przyzwyczajenia się (?) do leku oraz konieczności zalecania dawek coraz to większych i częstszych należy mieć na względzie podane wyżej powikłania.

Dr. Henryk Rasolt
(Warszawa)

12. Siarka w leczeniu skazy moczanowej.

Badania na zwierzętach, przeprowadzone przez Meyer-Bischa i Heubnera wykazały, że pod wpływem zastrzyków domięśniowych siarki kolloidalnej chrząstki stawowe u zwierząt wydzielają kwas chondroitinosiarkowy, który ma rzekomo wywierać dodatni wpływ na rozpuszczalność kwasu moczowego. Opierając się na tych doświadczeniach powyżsi autorzy wprowadzili siarkę kolloidalną w leczeniu skazy moczanowej u ludzi. Przewagi siarki nad innemi preparatami, stosowanemi przy skazie mocza-

nowej nie stwierdziłem, aczkolwiek niektórzy autorzy uważają, że przy wielostawowym gośćcu zniekształcającym siarka działa lepiej aniżeli inne preparaty.

Stosuje się zazwyczaj 0,3 — 1,0% siarkę kolloidalną w zawiesinie ole= istej w postaci zastrzyków domięśniowych (w pośladek), w dawkach 0,2 — 0,5 cm^3 na raz, w odstępach 5 — 8 dniowych. Po takim zastrzyku zazwyczaj nie daje się zaobserwować większego odczynu ogólnego, lecz jedynie przejściową leukocytozę; zastrzyki w powyższych dawkach są na= ogół nieszkodliwe i nie powodują ubocznych zjawisk.

Dr. M. Peker
(Warszawa)

K r o n i k a.

III. ZJAZD NAUKOWY OFICERÓW SŁUŻBY ZDROWIA.

Dnia 3, 4 i 5 stycznia 1936 roku odbędzie się w Warszawie III Zjazd Naukowy Oficerów Sużby zdrowia z udziałem oficerów rezerwy. Pod= czas Zjazdu odbędą się 2 posiedzenia ogólne, na których zostaną wygło= szone 2 referaty programowe: 1) Eugenika z punktu widzenia obrony państwa i 2) Segregacja rannych i zagazowanych.

W drugim dniu Zjazdu odbędą się posiedzenia w poszczególnych sekcjach. Wybrano następujące tematy programowe:

I. *Sekcja Chorób Wewnętrznych:* Mjr. dr. T. Orzechowski: Za= gadnienie szybkiej eliminacji z wojska chorych na gruźlicę. 2) Dr. Telatycki: Zagadnienie orzecznictwa wojskowo = lekar= skiego w odniesieniu do chorych na gruźlilcę płuc wojskowych zawodowych.

II. *Sekcja Chirurgiczna:* 1) Płk. dr. T. Sokołowski: Nowe drogi sterylizacji materjału opatrunkowego. 2) Dr. Wł. Ostrowski: Leczenie chirurgiczne jam szczytów płucnych.

III. *Sekcja Chorób Skórnych i Wenerycznych:* (zostaną później ogłoszone).

IV. *Sekcja Neurologiczna i Psychjatryczna:* 1) Ppłk. dr. S. Mozo= łowski: Bezpośrednie i późniejsze następstwa urazów czaszki i ich leczenie.

V. *Sekcja Bakterjologji i Higjeny:* Płk. dr. J. Babecki: Zaopatry= wanie w wodę podczas marszu. 2) Mjr. J. Zwierz: Badania nad zarazkiem duru osutkowego u dzikich szczurów.

VI. *Sekcja laryngologiczna:* 1) Ppłk. dr. St. Brończyk: Gruźlica krtani w świetle najnowszych badań. 2) Ppłk. dr. R. Brzosko: O ozenie.

VII. *Sekcja Okulistyczna:* 1) Ppłk. dr. Z. Żołędziowski: Sposób wsysania wylewów krwawych w ciałku szklistem.

VIII. *Sekcja Medycyny Lotniczej:* 1) Ppłk. dr. A. Fiumel: Wpływ lotów na sprawność układu krążenia. 2) Ppłk. dr. A. Fiumel, mjr. J. Leoszko, mjr. dr. K. Michalik: Zastosowanie lotnictwa sanitarnego w czasie wojny i pokoju.

IX. *Sekcja Wychowania Fizycznego:* 1) Ppłk. dr. Wł. Missiuro: Wojskowe zawody marszowe i narciarskie w świetle danych fizjopatologji.

X. *Sekcja Farmaceutyczna:* 1) Mjr. mr. Ł. Pelligrini: Zaopatrywanie armji polskiej w materjał sanitarny podczas wojny.

Poza referatami programowemi zostaną wygłoszone koreferaty i komunikaty na dowolne tematy, ze szczególnem uwzględnieniem medycyny wojskowej. Komitet Zjazdu prosi lekarzy wojskowych służby czynnej i rezerwy o zgłaszanie koreferatów i komunikatów do dnia 15 listopada oraz o krótkie streszczenie w języku polskim i francuskim (ang. lub niem.) do dnia 1 grudnia. Na wygłaszanie referatów głównych przeznacza się 45 minut, na wygłoszenie koreferatów i komunikatów 15 min. Szczegółowy program Zjazdu zostanie ogłoszony później. Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe należy przesyłać najpóźniej do dnia 5 grudnia. Koszt uczestnictwa w Zjeździe wynosi 5 zł. Należność tę można wpłacać na konto P. K. O. Nr. 30.121.

Sekretarjat Zjazdu mieści się przy ul. Górnośląskiej 45, telefon 9.73-57. (Red. Lekarza Wojskowego).

Przewodniczący Zjazdu:
Gen. Bryg. Dr. Stanisław Rouppert
Szef. Depart. Zdrowia M. S. Wojsk.

Warszawa, dnia 2 października 1935 r.

Redaktor i wydawca: Mr. A. HIRSZFELD.

Warunki prenumeraty: Rocznie zł. 6.—, półrocznie zł. 3.50, pojedyńczy Nr. zł. 1.—
Ogłoszenia: cała strona zł. 150, ½ str. zł. 80.—, ¼ str. zł. 45. Okładki o 30% droższe.

Numer wychodzi w pierwszej połowie każdego miesiąca.

Druk. „Lech“, Warszawa, Koszykowa 33, Tel. 890-66.